

Caso não utilizado etiqueta, preencher campos abaixo:

Paciente: _____

Atendimento: _____ D.N: _____

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM - ____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**RETOSSIGMOIDOSCOPIA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: É um exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto e sigmóide (parte final do intestino grosso). É realizado, introduzindo-se colonoscópio (aparelho) através do ânus, após preparo adequado (lavagem-enemas) do reto e sigmóide.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Sangramento anal, principalmente quando se realizam pequenos procedimentos (biópsias e/ou polipectomias).
2. Perfuração intestinal (raro).
3. Infecções.
4. Dor local.
5. Dificuldade respiratória em função da sedação (caso haja necessidade).

PRINCIPAIS ACHADOS PARA INTERVENÇÃO IMEDIATA.

Durante este percurso, o profissional executante pode visualizar alguns achados que necessitem de intervenção imediata através de procedimentos como:

- I. Biópsia - retirada de um ou mais fragmentos da mucosa ou de lesões;
- II. Polipectomia - retirada de pólipos (verrugas que podem levar a câncer);

Caso ocorra alguma das situações acima indicadas, poderá ser acrescido ao exame, valores adicionais, a partir de R\$ 1.500,00 (Hum mil e quinhentos reais), a depender da necessidade de intervenção, valor esse que será devido, a depender do caso, pelo paciente em caráter particular ou pelo convênio de plano de saúde ao quando o paciente encontra-se assistido por este. Confirmando que recebi explicações, li o presente termo de autorização, compreendi os termos médicos aqui sinalizados, concordando com os termos deste documento, tendo sido-me dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos do(s) procedimento(s) ao (s) qual(is) serei submetido, seus desconfortos e riscos, pelos eventuais efeitos indesejáveis secundários. Entendi e concordo voluntariamente com o que se fizer necessário para procedimento de endoscopia digestiva tenha o resultado pretendido.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceitei, comprometendo-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

Ciente deste termo,

() Aceito realização de terapêutica () Não aceito realização de terapêutica

(Assinatura do Paciente/Responsável)

Testemunha

Testemunha